

Service social



Bilan et perspectives sur l'évaluation dans le système de santé et de services sociaux

Pierre Joubert

Volume 47, numéro 1-2, 1998

Évaluation – Colloque 1999

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/706779ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/706779ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Joubert, P. (1998). Bilan et perspectives sur l'évaluation dans le système de santé et de services sociaux. *Service social*, 47(1-2), 17–26.
<https://doi.org/10.7202/706779ar>

Tous droits réservés © Service social, 1998

Cet document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Bilan et perspectives sur l'évaluation dans le système de santé et de services sociaux

Pierre JOUBERT¹

La contribution qu'on attend de ma part, en début de colloque, consiste à dresser un bilan et à dégager des perspectives par rapport à l'évaluation aux différents échelons du système sociosanitaire. Trouvant pour le moins périlleux de me livrer à cet exercice, du moins dès le début d'une journée qui vise justement à faire un tel bilan, il m'a semblé préférable de proposer des avenues de réflexion qui permettront de soutenir la discussion, plutôt que de dresser un bilan qui ne saurait être qu'incomplet.

Prétendre effectuer un réel bilan de l'évaluation paraît d'autant plus risqué que les pratiques évaluatives dans le domaine de la santé et des services sociaux, du moins au Québec, sont relativement récentes et ne sont pas encore parvenues à maturité. Le ministère de la Santé et des Services sociaux, par exemple, possède une direction de l'évaluation depuis à peine quinze ans. Dans un tel contexte, lorsque nous essayons d'apprécier à leur juste valeur les résultats et les retombées de l'évaluation, tout au plus pouvons-nous en tracer les grandes lignes et dégager quelques tendances. J'essaierai donc de dresser un portrait de l'évaluation dans une perspective générale d'analyse critique, pour finir par les enjeux auxquels la direction dont j'ai la responsabilité au Ministère est particulièrement confrontée.

1. L'auteur remercie Nelson Potvin, professionnel à la même direction au Ministère, pour sa collaboration à la mise en forme de ce texte.

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

Posons d'abord quelques jalons historiques. Il n'est pas inutile en effet, si nous voulons amorcer une réflexion sur l'évaluation, de nous remémorer les faits marquants du passé. En prenant des raccourcis, pour les besoins de l'exposé, on peut dire que les premières expériences d'évaluation, au Québec, remontent au début des années 1970. À cette époque, et pour une bonne dizaine d'années, l'administration publique mettait l'accent sur la planification et la gestion par objectifs, héritée du courant américain PPBS, pour « Program, Planning and Budgeting System ». L'intention était alors d'implanter une nouvelle façon de planifier l'allocation des ressources. Grosso modo, ses adeptes croyaient qu'il fallait se donner des objectifs qui définissaient des cibles à atteindre, et inscrire le tout dans des systèmes d'action ou programmes, d'où le courant corollaire de la programmation par objectifs. C'est dans ce contexte que l'évaluation s'est développée, s'attardant davantage aux questions de conformité, du moins dans un premier temps. Les questions soulevées étaient notamment : Est-ce que les programmes mis en place atteignent leurs objectifs? Ces programmes ont-ils évolué en conformité avec ce qui avait été planifié? C'est aussi à cette époque que les approches d'agrément ont commencé à émerger de façon tangible.

Beaucoup d'évaluateurs ont réagi, à la fin des années 1970, en disant que le problème qu'ils éprouvaient consistait à ne pas toujours avoir d'objectifs faciles à circonscrire, encore moins d'objectifs mesurables, alors que les modèles d'évaluation les plus courants, du type expérimental ou quasi expérimental, étaient, quant à eux, orientés selon une logique rationnelle exigeant des objectifs précis et mesurables. En caricaturant, l'évaluation devenait même impossible sans de telles mesures.

Dans les années 1980 a commencé la succession de ce que j'appellerai, faute de mieux, les crises : crise de l'administration publique, crise des finances publiques, crise des urgences dans le secteur de la santé. À cet égard, je vous rappelle qu'au milieu des années 1980 un des enjeux majeurs d'une élection provinciale a été l'engorgement des salles d'urgence. Comme il se doit, dans un tel contexte, les conceptions de l'évaluation ont commencé à évoluer. Plusieurs, notamment au Conseil du trésor du Québec, en sont venus à se demander si, dans une certaine mesure, l'évaluation ne pourrait pas contribuer à

améliorer l'efficacité et l'efficience des programmes. S'est alors introduite, petit à petit, l'idée d'évaluer en fonction de résultats. De nouveaux dispositifs d'évaluation sont apparus. C'est à cette époque qu'est né le Conseil d'évaluation des technologies de la santé, qui avait pour mission de fournir aux décideurs une expertise sur les choix à faire en matière de technologies d'intervention, dans le secteur de la santé, en privilégiant l'utilisation des stratégies considérées comme étant les plus efficaces. C'est également dans ces années que différents arrangements institutionnels ont été mis en place, tant au Ministère que dans les conseils régionaux, pour essayer de mieux apprécier les résultats de certaines interventions en matière d'efficacité. La notion d'efficience commençait à émerger à la faveur de la crise des finances publiques.

Les années 1990 se sont caractérisées par un vaste courant de réformes. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le mouvement a débuté par la révision de la Loi et s'est poursuivi par la réorganisation des services, plus récemment. À l'occasion de cet exercice de révision, l'évaluation s'est transformée de manière assez radicale, puisque d'une gestion axée sur les objectifs, mais souvent cantonnée aux moyens, nous sommes passés à une gestion par les résultats. Comme évaluateur, je peux me demander ce qui a changé fondamentalement entre ce qu'on appelait la gestion par objectifs et ce qu'on appelle maintenant la gestion par résultats, parce qu'un objectif contient une cible à atteindre, donc un résultat. En fait, ce n'est pas tellement sur le plan de la forme elle-même qu'il y a eu modification. Ce qui est nouveau dans ce changement d'appellation, c'est l'alignement de notre travail collectif, de gestion et d'organisation des services, sur des cibles à atteindre, bien sûr, mais également sur des résultats pour la santé et le bien-être des populations. Dans les années 1970, il n'en était pas question aussi explicitement. Il faut dire que nous n'étions pas alors en période de crise. L'ère était à l'exploration, mais, à force d'expériences, il a bien fallu admettre que parler d'efficacité et d'efficience, ça voulait également dire se préoccuper des résultats des interventions sur la clientèle, les usagers ou les bénéficiaires, soit ceux et celles qui consomment ou qui reçoivent des services.

Un autre élément primordial émerge des années 1990 : la reconnaissance du caractère stratégique de l'évaluation à l'intérieur de textes législatifs. À cet égard, je vous rappelle que c'est dans le projet de loi

120, qui a modifié de façon importante la Loi sur la santé et les services sociaux, qu'on considéré l'évaluation de manière systématique pour la première fois. On y a introduit différents paliers d'évaluation : provincial, régional et local, comme en fait foi le thème de ce colloque. On a de plus recentré la responsabilité du Ministère sur l'élaboration et l'évaluation des politiques, celle de la régie régionale sur la mise en œuvre et l'évaluation des programmes, alors que les établissements se voyaient responsabilisés à l'égard de la qualité des services. Par la même occasion, certains établissements ont été pourvus d'un rôle plus précis. Je pense, entre autres, aux hôpitaux universitaires à qui on a confié un mandat d'évaluation des technologies, même si pour le moment ce mandat ne s'est pas encore opérationnalisé. Il s'agit de la première reconnaissance officielle, dans un cadre législatif, de la nécessité pour tous les acteurs du système de faire de l'évaluation.

Toujours dans le secteur sociosanitaire, deux autres lois ont été mises en place pour permettre d'évaluer une expérimentation sociale et l'implantation d'une nouvelle politique. Il s'agit de la loi autorisant la pratique des sages-femmes, dans le cadre de projets pilotes, et de la loi instaurant le régime général d'assurance médicaments. Dans la première, le législateur est même allé jusqu'à préciser les objets d'évaluation, ce qui constitue une première au Québec. À l'intérieur de la loi créant le régime d'assurance médicaments on a introduit également une prescription d'évaluation assortie d'une échéance, soit celle de déposer une évaluation du régime au plus tard le premier janvier de l'an 2000. Ces deux exemples illustrent à quel point l'évaluation, ou la connaissance produite par l'évaluation, peut être nécessaire dans le contexte actuel, et ce, pour effectuer les choix les plus judicieux possible. Nous en sommes donc rendus, contrairement à ce qui avait cours dans les décennies précédentes, à mieux soutenir la prise de décisions en proposant davantage d'options à ceux et à celles qui ont à en prendre.

En somme, l'exercice et l'acte d'évaluation, au sens large du terme, sont devenus des conditions essentielles à la régulation des politiques, des programmes et des services, c'est-à-dire à la façon dont nous pouvons réfléchir collectivement, de manière critique, sur notre système de soins et de services.

QUELQUES CONSTATATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

J'aimerais également vous faire part de quelques réflexions personnelles sur l'évaluation, avant d'aborder la question des perspectives et des défis auxquels celle-ci est confrontée. S'il y a un premier objet de réflexion qui se dégage rapidement, c'est bien celui qui concerne la notion de résultat. Je vous disais précédemment qu'en tant qu'évaluateur j'avais de la difficulté à distinguer la gestion par objectifs de la gestion par résultats. Cela illustre bien un des malaises fondamentaux que nous ressentons : Qu'est-ce qu'un résultat? Pourquoi et pour qui? Doit-on orienter le résultat à atteindre vers la production de services ou vers la santé et le bien-être de la clientèle ou encore de la population? Considérons-nous le résultat sous l'angle de la qualité des services, au sens très qualitatif du terme, plutôt qu'au sens technique d'une meilleure gestion des ressources? Est-ce que nous parlons d'impact? En somme, de quoi s'agit-il exactement? Il y a toute une littérature qui traite de ces questions et qui vient nous rappeler qu'une des responsabilités de l'évaluateur, au point de départ, c'est de préciser le résultat dont il sera question dans son évaluation. Bref, le concept de résultat lui-même fait difficulté. À cet égard, je suis d'ailleurs convaincu que nous ne parlons pas tous de la même chose, quand nous abordons le sujet.

Deuxième constatation, nous ne disposons pas de tous les matériaux qui seraient nécessaires en temps réel pour conduire des évaluations, notamment en ce qui concerne les systèmes d'information en place, qui ne fonctionnent encore que par établissement dans la majorité des cas. De surcroît, le traitement des données contenues dans ces systèmes n'est pas toujours semblable d'un établissement à l'autre. Par ailleurs, nos évaluations ne prennent pas encore assez en considération les expériences des individus, leurs points de vue, leurs connaissances. Sans entrer dans le débat opposant le quantitatif au qualitatif, force nous est d'admettre que nous pouvons obtenir autant, sinon plus, d'information utile en réunissant autour d'une même table les personnes et les experts qui ont une connaissance pratique des choses qu'en réalisant une recherche évaluative qui dure deux ou trois ans. Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer les connaissances dont nous disposons grâce aux travaux des chercheurs, connaissances dont il faut également tirer profit. À mon avis, quand nous parlons de l'utilité de l'évaluation, nous avons d'abord le défi de ce que j'appellerai la

digestion de l'information et de son utilisation, bref de la mise à profit. Les travaux de recherche plus poussés ne devraient pas être notre premier réflexe.

Troisième constatation qui découle de la notion de résultat. Nous n'avons pas encore réussi à établir une relation de causalité entre les services, les interventions et les résultats sur la santé et le bien-être des populations. Cette situation n'est cependant pas particulière au Québec; on la retrouve dans tous les pays industrialisés. Par contre, nous possédons des indicateurs indirects, reliés à l'utilisation des services. La récente étude sur l'assurance médicaments, pilotée par M^{me} Tamblyn, en est un exemple. En effet, son équipe a mis au point des indicateurs d'utilisation de services pour essayer de faire une appréciation des impacts du régime d'assurance sur la santé des populations. Malgré les limites que comporte ce type de démarche, plus souvent qu'autrement nous avons à travailler avec des indicateurs indirects.

Établir une relation de causalité n'est pas simple, cela demande du temps. Trop souvent le temps de maturation n'est pas pris en considération. En caricaturant, je dirais même que nous implantons quelque chose en tenant pour acquis qu'il y aura des résultats le lendemain matin, parce que nous travaillons dans un cadre politique qui ne prend que rarement ce temps de maturation en considération. Il y a là le défi de concilier le scientifique et le politique! Comment arrimer des logiques qui, sans se contredire, sont souvent difficiles à harmoniser? J'y reviendrai plus loin.

LES PRATIQUES ÉVALUATIVES : TROIS PRINCIPAUX COURANTS

Si nous jetons un regard sur les pratiques évaluatives mises en place au sein du système sociosanitaire pour évaluer l'organisation des services, il est possible d'identifier trois courants, qui correspondent plus ou moins aux différentes étapes chronologiques dont il a été question dans la première partie de l'exposé.

Au départ, je suis porté à croire que nous nous sommes préoccupés davantage de ce que j'ai appelé l'évaluation de la conformité, que ce soit par rapport à des normes ou encore à des critères prédéterminés. C'est ainsi que l'accréditation et la mise en place des mécanismes

d'agrément ont commencé à émerger dans les années 1970. Toutefois, ils ont beaucoup évolué depuis cette époque, notamment grâce à l'apport du Conseil québécois d'agrément.

Ensuite, à l'occasion de différentes réformes, l'évaluation s'est davantage définie par rapport aux fonctions de suivi et de surveillance. Ce fut le point de départ de l'approche par les indicateurs, qui culmine actuellement avec la prolifération d'indicateurs de toutes sortes, de plus en plus sophistiqués et raffinés. En effet, nous n'exploitons plus seulement des indicateurs classiques reliés à la mortalité et à la morbidité. S'y ajoutent maintenant, entre autres, des indicateurs d'espérance de vie en bonne santé, d'utilisation de services et d'autres sur les coûts. L'intention est d'obtenir des instruments, des critères, pour être en mesure de porter des jugements d'efficacité ou d'efficience. Mais cette opération se fait un peu trop en vase clos, entre spécialistes, un peu comme la précédente d'ailleurs.

Ce deuxième courant puise une bonne partie de ses origines dans la gestion de la crise des finances publiques à laquelle font écho, vers 1993, les orientations du Conseil du trésor rassemblées dans un document intitulé *Vivre selon nos moyens*, qui désirait que les ministères se penchent sur la qualité des services dans une optique d'efficience ou de coûts, plutôt que d'impact.

Un troisième courant, plus récent, veut que l'évaluation mette en question la pertinence et les impacts des politiques ou des programmes pour soutenir les décisions. Dans cette perspective, l'évaluation est de plus en plus produite pour soutenir la prise de décision, et ce, dans un contexte où les ressources sont de plus en plus limitées. Les évaluations des projets pilotes de la pratique des sages-femmes et du régime d'assurance médicaments en sont deux exemples. Avec les résultats des recherches évaluatives sur ces sujets, les décideurs ont entre les mains des informations qui leur permettent d'effectuer une analyse relativement fine des choix qui ont été faits au moment de l'adoption de ces lois et des résultats de leur application. Il me semble donc que l'évaluation est en train de passer de travaux plus techniques à des analyses où l'on s'interroge sur la capacité réelle des politiques ou programmes à agir sur des situations jugées problématiques ou à produire de meilleurs résultats sur la santé et le bien-être. C'est ce qu'on pourrait appeler « l'intelligence critique » du système.

LES ENJEUX ACTUELS

À mes yeux, un des principaux défis que nous aurons à relever au cours des prochaines années sera de tenter d'intégrer ces trois courants d'évaluation qui, pour l'instant, progressent chacun de leur côté. Il faudrait parvenir à mieux arrimer les travaux effectués aux fins d'analyse de conformité avec l'utilisation d'indicateurs de performance, par exemple, puis tenter d'établir des liens avec des résultats sur la santé et le bien-être. Il y a là un défi d'intégration des connaissances, en utilisant l'information provenant de ces trois courants, dans une perspective systémique d'évaluation, c'est-à-dire en la transposant aux trois paliers du système, soit le central, le régional et le local.

Un autre défi fondamental sera celui du transfert des connaissances. Une fois l'intégration des connaissances réalisée, il faut se préoccuper de la transformation de l'information en vue de l'action et de la prise de décisions. Bref, il faut jouer sur deux tableaux à la fois : l'intégration et le transfert des connaissances.

De nouveaux mécanismes commencent à émerger en vue de répondre à ces défis. En premier lieu, à l'occasion de la vague de transformations des dernières années, le Ministère a favorisé l'éclosion de programmes spécifiques d'évaluation et de recherche évaluative qui sont financés par les organismes de recherche. Par exemple, en collaboration avec le Conseil québécois de la recherche sociale et le Fonds de recherche en santé du Québec, le Ministère a mis au point des programmes mixtes pour soutenir et pour promouvoir des évaluations et des recherches évaluatives qui soient en lien avec la transformation des systèmes de soins et de services, ainsi que pour stimuler le développement de la recherche et de l'expertise par rapport à cette transformation. La même orientation a été imprimée au programme mixte de financement de la recherche en santé mentale, pour lequel des cibles d'action spécifiques ont été établies.

L'autre conjoncture qui commence à changer la donne, c'est l'arrivée de nouveaux fonds du fédéral pour soutenir la recherche et l'innovation, notamment le Fonds pour l'adaptation des services de santé, qui est né du Forum national de la santé, ainsi que la création de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Ce qui est nouveau ici, c'est l'introduction d'une incitation au partenariat entre les chercheurs et les acteurs qui ont à prendre des décisions et à faire

des interventions concrètes sur le terrain. S'y retrouve également la possibilité d'évaluer l'introduction d'innovations en soutenant des projets pilotes et des expériences qui visent à améliorer les services de santé et les services sociaux.

Dans le cadre des projets du Fonds pour l'adaptation des services de santé, le Ministère a même obtenu du fédéral un financement spécifique pour faire l'analyse des retombées des quelque quarante projets actuellement financés au Québec par ce fonds. Ces projets touchent à la fois l'intégration et la qualité des services, les pratiques d'auto-soins et d'apprentissage, l'introduction de nouvelles technologies etc. Considérant que c'est un investissement massif, sur une courte période de temps, nous ne pouvons pas nous permettre d'éviter l'analyse des retombées, afin d'identifier en quoi ces projets nous aident à la fois à comprendre le fonctionnement de notre système de santé et de services sociaux et à en améliorer la gestion et l'organisation. De plus, à l'intérieur de ces projets, il y a autant de composantes sociales que de santé, ce qui nous procure, me semble-t-il, une occasion unique de faire une meilleure intégration des connaissances que celle qui s'est faite jusqu'à ce jour.

Dernier défi que j'estime primordial : il faut soutenir et analyser nos processus de réforme en cours de route. Dans l'exemple que je donnais précédemment de l'évaluation du régime d'assurance médicaments, des évaluations en cours d'implantation du régime ont été prévues. C'est une décision politique importante qui a été prise d'introduire des mécanismes d'évaluation dans l'implantation du régime. Le fait d'évaluer au moment où se passe l'expérimentation ou l'implantation d'une nouvelle politique ou d'un nouveau programme, plutôt que d'attendre au terme de son application, permet de faire des ajustements en cours de route, de voir quelles sont les répercussions, positives et négatives, et de faire les changements nécessaires.

Essentiellement, du point de vue du Ministère, la fonction première de l'évaluation est de soutenir les processus de décision, et c'est dans ce sens que les mécanismes ou les leviers dont je viens de parler peuvent être utiles : fournir des éclairages plus soutenus par de l'information valide et crédible pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Mais, jusqu'à maintenant, nous avons souvent, au Ministère, centré nos préoccupations sur l'élaboration des politiques et nous nous

sommes moins souciés de la mise en œuvre, que ce soit des politiques, des programmes ou des services. Quel que soit le palier de responsabilités (central, régional, local), je pense que nous devons regarder comment évolue la mise en œuvre, en vue de soutenir également, par de l'information utile et en temps réel, la gestion du changement.

En fait, avec l'introduction de l'innovation ou de nouvelles façons de concevoir et de conduire les évaluations, les trois « solitudes » que sont l'analyse de la conformité, le suivi par les indicateurs et les évaluations de pertinence et d'impact devraient tendre à se rapprocher. En faisant en sorte que les chercheurs et les gens qui ont à prendre des décisions s'interrogent mutuellement en cours de route, et non seulement en fin de parcours, nous pouvons espérer une meilleure mise à profit des connaissances. Bref, nous semblons mieux équipés que dans le passé pour favoriser les intégrations d'expertise et le transfert des connaissances dans l'action. Il nous reste à mettre en application les nouveaux moyens à notre disposition et à en utiliser les retombées.

Pierre JOUBERT

Directeur

Direction de l'évaluation,

de la recherche et de l'innovation

Ministère de la Santé et des Services sociaux